

RSP<http://www.rsp.fsp.usp.br/>**Revista de
Saúde Pública**

Comportamento sexual e fatores associados em adolescentes da zona rural

Bárbara Cabral de Sousa^I, Rebeca Silva dos Santos^{II}, Katiuscya Carneiro Santana^{III}, Raquel Souza^I, Álvaro Jorge Madeiro Leite^{IV}, Danielle Souto de Medeiros^I

^I Universidade Federal da Bahia. Núcleo de Epidemiologia e Saúde Coletiva. Instituto Multidisciplinar de Saúde. Vitória da Conquista, BA, Brasil

^{II} Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{III} Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista. Secretaria Municipal de Saúde. Vitória da Conquista, BA, Brasil

^{IV} Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Departamento de Saúde Comunitária. Fortaleza, CE, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Descrever o comportamento sexual e identificar fatores associados em adolescentes de comunidades rurais da Bahia.

MÉTODOS: Estudo transversal, de base populacional e abordagem domiciliar, realizado em 2015, com adolescentes entre 10 e 19 anos. Foram descritos: relação sexual alguma vez na vida e nos últimos 12 meses; idade na primeira relação sexual; uso de preservativo e número de parceiros; orientação sobre gravidez, aids ou outras infecções sexualmente transmissíveis e como conseguir preservativo. Foi realizada análise para a amostra total e para os estratos quilombola e não quilombola. Utilizou-se regressão de Poisson, com variância robusta, para estimar as razões de prevalências para a relação sexual em relação às variáveis explicativas.

RESULTADOS: Foram entrevistados 390 adolescentes, sendo 42,8% quilombolas, 51,3% do sexo feminino e mediana de idade de 14,8 anos. Desses, 26,4% relataram ocorrência de relação sexual (28,1% quilombolas e 25,1% não quilombolas), com mediana de idade da primeira relação com 15,0 anos; 77,7% mencionaram o uso de preservativo na última relação e mais da metade recebeu orientações sobre gravidez, aids ou outras infecções sexualmente transmissíveis e não recebeu orientações sobre como conseguir preservativo gratuito. Mostraram-se positivamente associados à ocorrência de relação sexual, após ajuste: idade (RP = 1,42) e ter experimentado uma dose de álcool (RP = 2,41). No estrato quilombola, a idade (RP = 1,37), ter três e mais amigos próximos (RP = 1,37) e experimentação de álcool (RP = 2,60) mostraram-se associados. No não quilombola, mostraram-se associados idade (RP = 1,43), raça/cor negra (RP = 2,06) e experimentação de álcool (RP = 2,68).

CONCLUSÕES: A carência de informações e a exposição a comportamentos como o uso de álcool são condições que necessitam ser contempladas nas estratégias de promoção de saúde e prevenção de agravos à saúde sexual de adolescentes de zona rural. Ainda há necessidade de potencializar parcerias intersetoriais entre educação e saúde para fomentar o exercício autônomo e seguro da sexualidade nessa população.

DESCRIPTORES: Adolescente. Sexualidade. Saúde do Adolescente. Zona Rural. Grupo com Ancestrais do Continente Africano.

Correspondência:

Danielle Souto de Medeiros
Instituto Multidisciplinar
de Saúde – UFBA
Campus Anísio Teixeira
Rua Rio de Contas, 58 quadra 17
lote 58 Candeias
45029-094 Vitória da Conquista,
BA, Brasil
E-mail: danielle.medeiros@ufba.br

Recebido: 29 fev 2016

Aprovado: 15 nov 2016

Como citar: Sousa BC, Santos RS, Santana KC, Souza R, Leite ÁJM, Medeiros DS. Comportamento sexual e fatores associados em adolescentes da zona rural. Rev Saude Publica. 2018;52:39.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

Em tempos de transição demográfica e consequente envelhecimento populacional, o Brasil apresenta ainda 17,9% da sua população constituída por adolescentes (10–19 anos)^a. Desses, 18% residem em regiões rurais, onde se acentuam iniquidades sociais decorrentes da insuficiência de garantia de direitos de cidadania^{a,b}.

Enquanto processo, a adolescência circunscreve uma série de “(...) transições que conformam um ciclo de vida”¹. Fisiologicamente, essa fase do desenvolvimento humano inicia-se com os primeiros sinais da puberdade^c. A maturação de órgãos e sistemas soma-se à trajetória pessoal e às experiências dos contextos familiar e social e constitui-se o cenário que ocorre a transição para a idade adulta¹. A curiosidade guia descobertas e experimentações, há um distanciamento das figuras parentais e maior valorização do grupo de pares em direção à emancipação e socialização do adolescente¹.

Dentre “as experiências de primeira vez” que acontecem na adolescência, a primeira relação sexual pode ser considerada o rito de maior repercussão nessa fase². Há influência de fatores socioeconômicos, culturais e de gênero e, na zona rural, há ainda uma tendência à preservação de condutas mais conservadoras no que diz respeito às relações de gênero e comportamento sexual³.

Nessas comunidades rurais, a dispersão geográfica, a dificuldade de acesso e limitações na qualidade dos serviços de saúde evidenciam maior precariedade quando comparada às condições de saúde urbanas^b. Por vezes, os adolescentes são privados de acesso à educação formal, aos serviços de saúde, ao lazer e às oportunidades de trabalho, necessidades de grande importância para o seu desenvolvimento^c.

Nesse cenário, a pesquisa ADOLESCER surgiu como possibilidade de realizar um amplo diagnóstico das condições de saúde da população de adolescentes da zona rural. Buscou responder a uma demanda de profissionais da atenção primária de conhecer o perfil epidemiológico, entender seu processo saúde-doença-cuidado e problematizar estratégias de cuidado a esse segmento populacional ainda distanciado dos serviços de saúde. O município de Vitória da Conquista, sede da pesquisa, está situado na região sudoeste da Bahia e tem uma população de 306.806 habitantes^a, dos quais 11,7% residem em uma extensa área rural, constituída também por comunidades quilombolas.

Considerando a situação exposta e a carência de produções científicas relacionadas à saúde sexual dos adolescentes rurais do Brasil, a realização desta pesquisa orientou-se por duas questões: “Qual o comportamento sexual dos adolescentes de uma região rural na Bahia?”. “Existem vulnerabilidades individuais e sociais relacionadas?”.

A partir dessas questões, definimos como objetivo descrever o comportamento sexual de adolescentes rurais de um município baiano e identificar fatores individuais e dos contextos familiar e social associados.

MÉTODOS

Esta é uma análise de resultados da pesquisa “ADOLESCER: Saúde do Adolescente da Zona Rural e seus condicionantes”, realizada em comunidades rurais no interior da Bahia. Foi um estudo transversal, de base populacional e abordagem domiciliar, baseado na aplicação de um questionário estruturado.

O projeto de pesquisa foi aprovado (Parecer 57384) pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Bahia – Campus Anísio Teixeira. O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi assinado pelo adolescente com 18 anos de idade ou mais. Os adolescentes menores de 18 anos assinaram o termo de assentimento livre e esclarecido, expressando a sua concordância em participar deste estudo, somente após assinatura do TCLE por seus responsáveis.

^a Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: População geral distribuída por idade, sexo e local de residência. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado 25 mai 2015]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12>

^b Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2013 [citado 18 jun 2015]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf

^c Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília (DF); 2010 [citado 15 jun 2015]. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf

Para garantir a representatividade e a viabilidade da pesquisa, optou-se por uma estratégia amostral que considerasse a extensão territorial e a população de adolescentes residentes nas comunidades rurais. Sendo assim, foram utilizados como princípios amostrais: selecionar domicílios proporcionalmente ao número de adolescentes por comunidade e entrevistar apenas um adolescente por domicílio. Além disso, para possibilitar a obtenção de estimativas válidas para as populações quilombolas e não quilombolas, a amostra foi calculada separadamente para cada estrato.

Para realizar a estimativa populacional, foram utilizados os dados da Ficha A preenchida pelos agentes comunitários durante as visitas domiciliares. À época da pesquisa, Vitória da Conquista possuía cobertura de 97,4% do Programa de Agentes Comunitários de Saúde na zona rural. O universo amostral foi composto por 811 adolescentes, divididos nos estratos: quilombolas ($n = 350$), residentes em comunidades quilombolas reconhecidas pela Fundação Palmares, e não quilombolas ($n = 461$).

O cálculo amostral considerou prevalência de 50%; precisão de 5%; nível de confiança de 95%; efeito de desenho igual a 1,0% e 15,0% para possíveis perdas. Entretanto, considerando que seria entrevistado apenas um adolescente por domicílio e que o número de domicílios para o grupo de quilombolas seria superado, todos os domicílios em comunidades quilombolas foram visitados, resultando em um acréscimo de 7,1% para perdas nesse estrato.

Foram excluídos do estudo adolescentes ou responsáveis impossibilitados de responder o questionário, por estarem alcoolizados no momento da coleta dos dados ou apresentarem transtornos mentais graves com envolvimento cognitivo.

A amostragem para os adolescentes não quilombolas deu-se em duas etapas: 1) seleção aleatória de domicílios que continham adolescentes, de acordo com a distribuição proporcional de adolescentes por comunidade; 2) seleção aleatória dos adolescentes em cada domicílio. Em domicílios quilombolas, procedeu-se apenas a seleção aleatória dos adolescentes do domicílio.

O instrumento de coleta de dados, estruturado em duas seções, foi elaborado a partir de inquéritos^{1,d,e} realizados no Brasil. A primeira, a ser respondida pelo responsável pelo adolescente ou morador com 18 anos de idade ou mais, investigou características gerais do domicílio, renda e escolaridade do chefe da família. A segunda seção, respondida pelo adolescente, investigou: características do adolescente e apoio social; trabalho; estilo de vida; percepção do estado de saúde e autoimagem corporal; uso de drogas ilícitas; saúde sexual e reprodutiva; e utilização dos serviços de saúde. Foi realizado estudo piloto em dezembro de 2014, em uma comunidade rural não participante do estudo principal.

Anteriormente à coleta de dados, a pesquisa foi apresentada nos Conselhos Local de Saúde e Territorial Quilombola e em reuniões das equipes da Estratégia de Saúde da Família, para apoio e divulgação à comunidade. A sensibilização dos domicílios ocorreu simultaneamente ao mapeamento. Para o mapeamento, foi utilizado aparelho GPS, eTrex-30 (Garmin).

Os entrevistadores foram previamente treinados e realizaram as entrevistas com auxílio de computadores portáteis (HP *Pocket Rx5710*). A coleta de dados ocorreu de janeiro a maio de 2015.

Para descrever o comportamento sexual dos adolescentes, foram utilizadas as variáveis: relação sexual alguma vez na vida, idade na primeira relação sexual (em anos), relação sexual nos últimos 12 meses, uso de preservativo na última relação sexual e número de parceiros sexuais na vida. Para descrever as orientações recebidas pelos adolescentes, foram utilizadas as variáveis: orientação sobre gravidez, sobre aids ou outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) e sobre como conseguir preservativo.

A variável dependente neste estudo foi relação sexual alguma vez na vida, obtida por meio da pergunta: "Você já teve relação sexual (transou) alguma vez?". As variáveis independentes

^d Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [citado 15 mai 2015]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv64436.pdf>

^e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2014 [citado 10 mai 2015]. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>

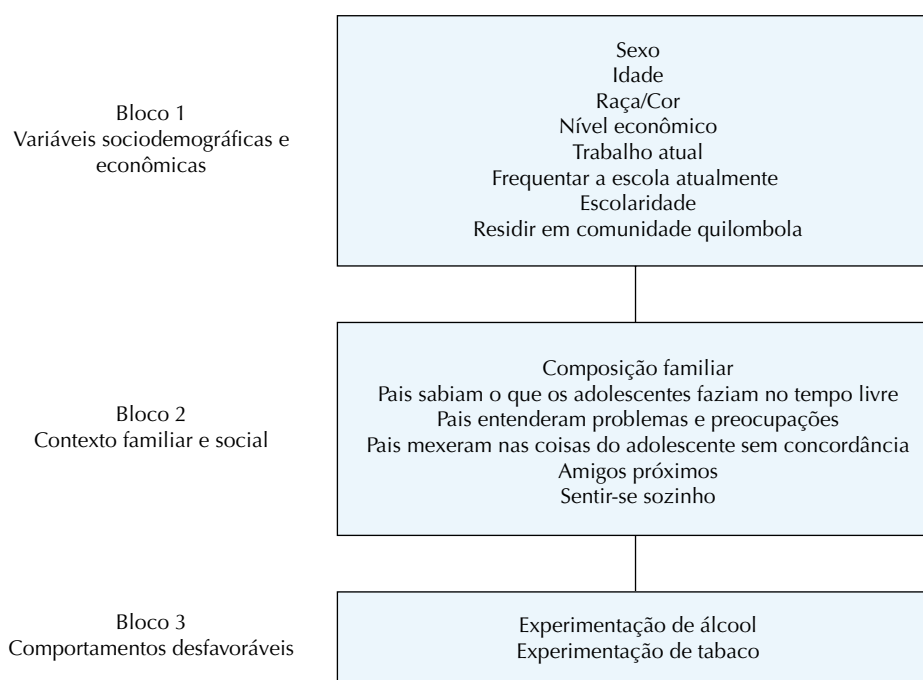


Figura. Modelo teórico para estudo do comportamento sexual de adolescentes e fatores associados. Pesquisa ADOLESCER, Bahia, 2015.

foram estabelecidas a partir de uma revisão da literatura para análise do comportamento sexual e fatores associados, organizadas em três blocos (Figura).

O primeiro bloco foi constituído por variáveis sociodemográficas e econômicas: sexo, idade (em anos), raça/cor, nível econômico (de acordo os critérios da Associação Brasileira de Pesquisas e Mercados [ABEP] 2014^f), trabalho atual, frequentar a escola atualmente, escolaridade (em anos de estudo) e residir em comunidade quilombola.

No segundo bloco, o contexto familiar e social foi descrito a partir das variáveis: composição familiar, frequência com que pais sabiam o que os adolescentes faziam no tempo livre, frequência com que os pais entenderam problemas e preocupações, frequência com que os pais mexeram nas coisas do adolescente sem sua concordância, amigos próximos e sentir-se sozinho.

O terceiro bloco, constituído por comportamentos desfavoráveis, utilizou as variáveis: experimentação de uma dose de bebida alcoólica e experimentação de tabaco.

As análises foram efetuadas para a amostra total e para cada estrato, quilombola e não quilombola. Foi realizada distribuição de frequências e análise de dispersão por mediana. As diferenças entre as proporções foram testadas com a distribuição qui-quadrado de Pearson ou de tendência linear ou pelo teste exato de Fisher. As variáveis não paramétricas foram comparadas pelo teste de Mann-Whitney. A razão de prevalência (RP) foi utilizada para estimar a associação do relato de relação sexual e as variáveis explicativas de interesse. Utilizou-se regressão de Poisson com variância robusta para estimar as RP para o relato de relação sexual ajustadas por potenciais fatores de confusão. Foram incluídas no modelo inicial todas as variáveis que na análise bivariada apresentaram associação em nível de significância inferior a 20%. Para todos os testes e para permanência das variáveis no modelo final, foi utilizado o nível de significância de 5%. Os modelos foram comparados pelo critério de Akaike. A adequação do modelo foi avaliada pelo qui-quadrado.

Para a avaliação do efeito das perdas sobre o desfecho, foi realizada uma calibração dos fatores naturais de expansão⁴. As estimativas da ocorrência de relação sexual foram comparadas pelo teste qui-quadrado. Utilizamos o programa Stata versão 12.0 para análise dos dados.

^f Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil 2014 (Base LSE 2012). São Paulo: ABEP; 2014 [citado 14 mai 2015]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>

RESULTADOS

Foram realizadas 420 entrevistas domiciliares, sendo 179 em domicílios quilombolas (9,1% de perdas) e 241 não quilombolas (0,4% de perdas). As entrevistas com adolescentes totalizaram 390, sendo 167 quilombolas e 223 não quilombolas, com perdas de 15,2% e 7,9%, respectivamente.

As perdas foram diferenciais em relação ao sexo, com maior predominância no sexo masculino, para os adolescentes não quilombolas ($p = 0,038$). Entretanto, a estimativa do desfecho, com e sem o fator de calibração para essa variável, não apresentou diferenças significativas nas estimativas. Desse modo, as análises foram conduzidas sem considerá-lo.

A ocorrência de relação sexual alguma vez na vida foi relatada por 26,4% dos adolescentes (Tabela 1), com mediana de idade da primeira relação de 15,0 anos (mínima seis e máxima 19 anos). Desses, 74,8% tiveram relações sexuais nos 12 meses anteriores à entrevista, 77,7% mencionaram o uso de preservativo na última relação e 35,9% tiveram três ou mais parceiros(as) sexuais na vida. A maioria dos adolescentes recebeu orientações sobre gravidez (52,3%), sobre aids ou outras IST (56,1%) e não recebeu orientações sobre como conseguir preservativo gratuito (57,7%) (Tabela 1).

Dentre os adolescentes quilombolas, 28,1% relataram ocorrência de relação sexual alguma vez na vida e 25,1% dentre os não quilombolas (Tabela 1), com mediana de idade de 15,0 anos nos dois estratos (mínima e máxima de seis e 19 anos para quilombolas e 12 e 19 anos para não quilombolas, respectivamente). Observaram-se diferenças significativas entre os grupos relacionadas à relação sexual nos últimos 12 meses ($p = 0,019$), ao recebimento de orientações sobre gravidez ($p < 0,001$) e sobre aids ou outras IST ($p = 0,001$) (Tabela 1).

A maioria dos entrevistados não residia em comunidades quilombolas (57,2%), era do sexo feminino (51,3%), de raça/cor negra (76,4%), de nível econômico D ou E (61,3%), não trabalhavam (61,8%) e frequentavam a escola (91,0%) (Tabela 2). A mediana da idade foi de 14,8 anos e da escolaridade foi de seis anos completos de estudo (mínimo um e máximo 15 anos).

Tabela 1. Descrição do comportamento sexual e orientações recebidas pelos adolescentes de zona rural. Pesquisa ADOLESCER, Bahia, 2015.

Variável	Total		Quilombola		Não quilombola		p ^b
	n ^a	%	n ^a	%	n ^a	%	
Relação sexual alguma vez na vida							0,502
Sim	103	26,4	47	28,1	56	25,1	
Não	287	73,6	120	71,9	167	74,9	
Relação sexual nos últimos 12 meses							0,019
Sim	77	74,8	30	63,8	47	83,9	
Não	26	25,2	17	36,2	9	16,1	
Uso de preservativo na última relação sexual							0,897
Sim	80	77,7	36	77,6	44	78,6	
Não	22	21,3	11	23,4	11	19,6	
Não quis responder	1	1,0	0	0,0	1	1,8	
Número de parceiros sexuais na vida							0,811
1	43	41,8	19	40,4	24	42,9	
2	19	18,4	10	21,3	9	16,1	
≥ 3	37	35,9	17	36,2	20	35,7	
Não sabia/Não quis responder	4	3,9	1	2,1	3	5,4	
Orientação sobre gravidez							< 0,001
Sim	204	52,3	67	40,1	137	61,4	
Não	186	47,7	100	59,9	86	38,6	
Orientação sobre aids ou outras IST							0,001
Sim	219	56,1	77	46,1	142	63,7	
Não	171	43,9	90	53,9	81	36,3	
Orientação sobre como conseguir preservativo gratuito							0,073
Sim	165	42,3	62	37,1	103	46,2	
Não	225	57,7	105	62,9	120	53,8	

IST: infecção sexualmente transmissível

^a Frequência absoluta.

^b Valor de p calculado pelo qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher.

Ao considerar o contexto familiar e social, 67,7% dos adolescentes residiam com ambos os pais. Para 62,6% dos adolescentes, os pais sabiam o que eles faziam no tempo livre na maior parte do tempo ou sempre, 42,3% tiveram seus problemas e preocupações entendidos pelos pais na maior parte do tempo ou sempre e 71,1% relataram que os pais nenhuma vez ou raramente mexeram em suas coisas sem concordância. Grande parte dos adolescentes tinha três amigos ou mais e 63,3% nunca ou raramente sentiram-se sozinhos. Experimentação de dose de álcool e tabaco foram relatados por 71,8% e 5,1% dos adolescentes, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2. Descrição das características sociodemográficas e comportamentos da população estudada. Pesquisa ADOLESCER, Bahia, 2015.

Variável	Total		Quilombola		Não quilombola		p ^b
	n ^a	%	n ^a	%	n ^a	%	
Quilombola							-
Não	223	57,2	-	-	-	-	
Sim	167	42,8	-	-	-	-	
Sexo							0,237
Masculino	190	48,7	76	45,5	114	51,1	
Feminino	200	51,3	91	54,5	109	48,9	
Raça/Cor							0,003
Não negra	92	23,6	27	16,2	65	29,2	
Negra	298	76,4	140	83,8	158	70,8	
Nível econômico							< 0,001
B e C	151	38,7	40	23,9	111	49,8	
D e E	239	61,3	127	76,1	112	50,2	
Trabalho atual							0,023
Não	241	61,8	114	68,3	127	56,9	
Sim	149	38,2	53	31,7	96	43,1	
Frequenta a escola atualmente							0,281
Não	35	9,0	18	10,8	17	7,6	
Sim	355	91,0	149	89,2	206	92,4	
Composição familiar							0,268
Mora com ambos os pais	264	67,7	107	64,1	157	70,4	
Mora apenas com o pai ou com a mãe	91	23,3	41	24,5	50	22,4	
Não mora com os pais	35	9,0	19	11,4	16	7,2	
Frequência com que pais sabiam o que fazia no tempo livre							0,559
Na maior parte do tempo/Sempre	239	62,6	98	59,8	141	64,7	
Às vezes	70	18,3	31	18,9	39	17,9	
Nenhuma vez/Raramente	73	19,1	35	21,3	38	17,4	
Frequência com que pais entenderam problemas e preocupações							0,984
Na maior parte do tempo/Sempre	163	42,3	70	42,2	93	42,5	
Às vezes	124	32,2	53	31,9	71	31,4	
Nenhuma vez/Raramente	98	25,5	43	25,9	55	25,1	
Frequência com que pais mexeram em suas coisas sem concordância							0,131
Na maior parte do tempo/Sempre	53	13,8	19	11,5	34	15,5	
Às vezes	58	15,1	20	12,0	38	17,4	
Nenhuma vez/Raramente	274	71,1	127	76,5	147	67,1	
Amigos próximos							0,731
< 3	66	16,9	27	16,2	39	17,5	
≥ 3	324	83,1	140	83,8	184	82,5	
Sentir-se sozinho							0,354
Nunca/Raramente	247	63,3	107	64,1	140	62,8	
Às vezes	113	29,0	44	26,3	69	30,9	
Na maioria das vezes/Sempre	30	7,7	16	9,6	14	6,28	
Experimentação de dose de álcool							0,106
Não	280	71,8	127	76,1	153	68,6	
Sim	110	28,2	40	23,9	70	31,4	
Experimentação de tabaco							0,794
Não	370	94,9	159	95,2	211	94,6	
Sim	20	5,1	8	4,8	12	5,4	

^a Frequência absoluta.

^b Valor de p calculado pelo qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher.

Diferenças entre adolescentes quilombolas e não quilombolas foram observadas para as variáveis: raça/cor ($p = 0,003$), nível econômico ($p < 0,001$) e trabalho atual ($p = 0,023$) (Tabela 2).

A prevalência de ocorrência de relação sexual foi significativamente maior entre indivíduos que trabalhavam, que não frequentavam a escola, que não moravam com os pais, que referiram frequência dos pais entenderem seus problemas e preocupações nenhuma vez ou raramente e que se sentiram sozinhos às vezes. As experimentações de álcool e tabaco exibiram prevalências de relação sexual de 63,6% e 90,0%, respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3. Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança de 95% de ocorrência de relação sexual, segundo variáveis estudadas. Pesquisa ADOLESCER, Bahia, 2015.

Variável	Total			Quilombola			Não Quilombola		
	P(%)*	RP bruta	IC95%	P(%)*	RP bruta	IC95%	P(%)*	RP bruta	IC95%
Quilombola									
Não	25,1	1,00	-	-	-	-	-	-	-
Sim	28,1	1,12	0,80–1,56	-	-	-	-	-	-
Sexo									
Masculino	28,4	1,00	-	32,9	1,00	-	25,4	1,00	-
Feminino	24,5	0,86	0,62–1,20	24,2	0,73	0,45–1,19	24,8	1,04	0,64–1,53
Raça/Cor									
Não negra	18,5	1,00	-	33,3	1,00	-	12,3	1,00	-
Negra	28,9	1,56	0,98–2,50	27,1	0,81	0,47–1,48	30,4	2,60	1,24–4,93
Nível econômico									
B ou C	27,2	1,00	-	32,5	1,00	-	25,2	1,00	-
D ou E	25,9	0,96	0,68–1,37	26,8	0,82	0,48–1,40	25,0	1,00	0,63–1,56
Trabalho atual									
Não	18,7	1,00	-	21,1	1,00	-	16,5	1,00	-
Sim	38,9	2,08	1,50–2,91	43,4	2,06	1,30–3,30	36,5	2,20	1,37–3,54
Frequenta a escola atualmente									
Não	85,7	1,00	-	83,3	1,00	-	88,2	1,00	-
Sim	20,6	0,25	0,20–0,32	21,5	0,27	0,19–0,37	19,9	0,26	0,20–0,31
Composição familiar									
Mora com ambos os pais	24,6	1,00	-	27,1	1,00	-	22,9	1,00	-
Mora apenas com o pai ou com a mãe	24,2	1,02	0,64–1,50	24,4	0,90	0,48–1,70	24,0	1,08	0,59–1,85
Não mora com os pais	45,7	1,87	1,22–2,82	42,1	1,55	0,84–2,87	50,0	2,18	1,23–3,85
Frequência com que pais sabiam o que fazia no tempo livre									
Na maior parte do tempo/Sempre	23,0	1,00	-	25,5	1,00	-	21,3	1,00	-
Às vezes	27,1	1,18	0,75–1,85	29,0	1,14	0,60–2,18	25,6	1,21	0,65–2,25
Nenhuma vez/Raramente	32,9	1,43	1,06–2,14	34,3	1,34	0,78–2,38	31,6	1,48	0,84–2,61
Frequência com que pais entenderam problemas e preocupações									
Na maior parte do tempo/Sempre	20,3	1,00	-	22,9	1,00	-	18,3	1,00	-
Às vezes	27,4	1,35	0,89–2,06	34,0	1,51	0,85–2,63	22,5	1,23	0,68–2,27
Nenhuma vez/Raramente	32,7	1,61	1,06–2,45	27,9	1,22	0,64–2,33	36,4	2,00	1,14–3,47
Frequência com que pais mexeram em suas coisas sem concordância									
Na maior parte do tempo/Sempre	30,2	1,00	-	26,3	1,00	-	32,4	1,00	-
Às vezes	29,3	0,97	0,55–1,72	30,0	1,14	0,42–3,13	29,0	0,90	0,46–1,80
Nenhuma vez/Raramente	24,1	0,80	0,50–1,26	27,6	1,05	0,50–2,35	21,10	0,65	0,37–1,16
Amigos próximos									
< 3	25,8	1,00	-	14,8	1,00	-	33,3	1,00	-
≥ 3	26,5	1,03	0,66–1,61	30,7	2,07	0,81–5,31	23,4	0,70	0,42–1,17
Sentir-se sozinho									
Nunca/Raramente	23,1	1,00	-	26,2	1,00	-	20,7	1,00	-
Às vezes	31,9	1,38	1,17–2,00	29,6	1,13	0,65–2,02	33,3	1,61	1,04–2,56
Na maioria das vezes/Sempre	33,3	1,44	0,86–2,53	37,5	1,43	0,70–2,92	28,6	1,38	0,58–3,36
Experimentação de dose de álcool									
Não	11,8	1,00	-	14,2	1,00	-	9,8	1,00	-
Sim	63,6	5,41	3,80–7,68	72,5	5,11	3,20–8,18	58,6	6,00	3,60–10,1
Experimentação de tabaco									
Não	23,0	1,00	-	25,2	1,00	-	21,3	1,00	-
Sim	90,0	3,92	3,09–5,00	87,5	3,48	2,40–5,07	91,7	4,30	3,15–5,87

* P(%): prevalência de ocorrência de relação sexual (em porcentagem).

Tabela 4. Fatores associados à ocorrência de relação sexual, após análise multivariada com amostra total e por local de residência. Pesquisa ADOLESCER, Bahia, 2015.

Variável	Total		Quilombola		Não quilombola	
	RP ajustada	IC95%	RP ajustada	IC95%	RP ajustada	IC95%
Idade	1,42	1,33–1,52	1,37	1,25–1,51	1,43	1,38–1,60
Raça/Cor						
Não negra	-	-	-	-	1,00	-
Negra	-	-	-	-	2,06	1,08–3,65
Frequência com que pais entenderam problemas e preocupações						
Na maior parte do tempo/Sempre	1,00	-	-	-	1,00	-
Às vezes	1,05	0,78–1,50	-	-	0,77	0,46–1,28
Nenhuma vez/Raramente	1,31	0,94–1,83	-	-	1,30	0,79–2,07
Amigos próximos						
< 3	-	-	1,00	-	-	-
≥ 3	-	-	1,37	> 1,00–4,51	-	-
Experimentação de dose de álcool						
Não	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Sim	2,41	1,70–3,46	2,60	1,58–4,07	2,68	1,58–4,60

Entre os adolescentes quilombolas, essa prevalência foi maior entre os adolescentes que trabalhavam, que não frequentavam a escola e que já experimentaram uma dose de álcool e tabaco. Entre aqueles não quilombolas, a ocorrência de relação sexual foi superior quando os adolescentes eram de raça/cor negra, trabalhavam, não frequentavam a escola, não moravam com os pais, cujos pais nenhuma vez ou raramente entenderam problemas e preocupações, que se sentiram sozinhos às vezes e que já tinham experimentado uma dose de álcool e tabaco (Tabela 3).

As variáveis numéricas idade e escolaridade mostraram-se significativamente associadas à maior frequência de relação sexual, com razões de prevalência de 1,51 (IC95% 1,42–1,60) e 1,25 (IC95% 1,19–1,31), respectivamente. O mesmo foi observado para adolescentes quilombolas (RP = 1,48; IC95% 1,36–1,62; RP = 1,29; IC95% 1,21–1,38) e não quilombolas (RP = 1,53; IC95% 1,42–1,65; RP = 1,24; IC95% 1,16–1,32), respectivamente.

Mostraram-se positivamente associados à ocorrência de relação sexual, após ajuste: idade (RP = 1,42) e ter experimentado uma dose de álcool (RP = 2,41). No estrato quilombola, a idade (RP = 1,37), ter três ou mais amigos próximos (RP = 1,37) e ter experimentado uma dose de álcool (RP = 2,60) mostraram-se associados. No estrato não quilombola, a ocorrência de relação sexual mostrou-se independentemente associada à idade (RP = 1,43), raça/cor negra (RP = 2,06) e à experimentação de uma dose de álcool (RP = 2,68) (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que o comportamento sexual dos adolescentes de zona rural é parecido com aqueles da zona urbana, e que fatores individuais, familiares e comportamentos desfavoráveis estão associados à vivência da sexualidade entre os adolescentes rurais.

A ocorrência de relação sexual alguma vez na vida entre os adolescentes de zona rural (26,4%) foi semelhante à encontrada em estudos nacionais^{5,d}, porém superior à de estudos internacionais^{3,6}, tanto para quilombolas quanto para não quilombolas. Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada em 2012 com escolares de 13 a 15 anos, mostraram que 28,7% dos entrevistados tiveram relação sexual⁷. Esse resultado foi diferente para a região Nordeste (24,9%) e para a capital baiana (36,5%)⁸. Já em Goiânia, a prevalência desse comportamento foi de 26,5%⁵. Essas semelhanças encontradas em populações distintas possivelmente estão relacionadas ao acesso aos meios de comunicação, como rádio e TV, ou mesmo a internet. A sexualidade, compreendida como uma construção social e histórica,

tem encontrado na mídia maior abertura para discussões acerca da sua vivência⁹. Essa situação pode influenciar o comportamento sexual dos adolescentes independentemente da sua moradia em regiões rurais ou urbanas.

Estudo realizado na zona rural da Califórnia, com adolescentes entre 12 e 17 anos, encontrou prevalência de 15,8% de relação sexual³. Na Malásia, com adolescentes rurais do sexo feminino, 3,2% das entrevistadas tiveram relação sexual². Os resultados apresentados por esses estudos mostraram prevalências de relação sexual entre os adolescentes inferiores aos encontrados nesta pesquisa. Tal comparação, porém, deve considerar as diferenças culturais entre os países onde os estudos foram realizados e que a população em estudo difere quanto à abordagem de apenas um sexo² ou diferentes faixas etárias dos adolescentes^{2,3}.

A idade da primeira relação sexual na zona rural foi inferior à encontrada pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde realizada em 2006, em que a idade média de início da vida sexual da população brasileira feminina foi de 17,9 anos⁸. Em 2009, a idade da primeira relação sexual dos adolescentes entrevistados pela PeNSE foi predominantemente aos 13 e 14 anos (26,1 e 26,5%, respectivamente). Os resultados da PeNSE 2012^d mantiveram a maior ocorrência de primeira relação sexual nessa faixa etária, porém, com uma diminuição nas proporções (13,7% aos 13 e 22,9% aos 14 anos).

Considerando apenas a idade de iniciação sexual precoce (adolescentes que iniciaram a sua vida sexual com 15 anos ou menos)¹, este estudo apresentou uma frequência de 60,4%, sendo um pouco maior em quilombolas (61,8%) do que em não quilombolas (58,7%). Há consenso na literatura de que a iniciação precoce da vida sexual é um comportamento de risco que pode aumentar as chances de ter diversos parceiros sexuais ao longo da vida^{10,11}. Essa situação pode favorecer a maior chance de exposição a algumas IST, a exemplo do HPV (papiloma vírus humano)¹⁰. Além disso, Teixeira et al.¹² e Aerts et al.¹³ referem que adolescentes que iniciam sua vida sexual precocemente podem ter menos acesso a informações como métodos contraceptivos e onde adquirir preservativo.

A amplitude da idade de ocorrência da primeira relação variou de seis a 19 anos, indicando, possivelmente, situações de violência sexual ainda na infância. A estratificação dessa variável, segundo o local de residência, mostrou que as idades mais precoces aconteceram entre os adolescentes quilombolas. Esse dado revela a necessidade de uma maior vigilância dos serviços que trabalham diretamente com crianças e adolescentes na região, como as escolas e as equipes da Estratégia de Saúde da Família, para perceberem possíveis sinais de abuso sexual e efetuar a notificação frente aos dispositivos sociais, como Conselhos Tutelares e Ministério Público.

A utilização do preservativo por 77,7% dos adolescentes mostrou um valor acima da média nacional da PeNSE^d para as capitais brasileiras e para a região Nordeste (75,3% e 74,0%, respectivamente). Se comparada a outros estudos realizados no Brasil^{7,14-16} e no Chile¹⁶, a utilização de preservativo na última relação sexual dos adolescentes rurais também mostrou-se elevada. Quilombolas e não quilombolas não diferiram em relação a essa característica.

O Boletim Epidemiológico de HIV/Aids em 2015 revelou aumento da incidência de aids de 15 a 19 anos, de 2,1 para 6,7 casos/100.000, entre 2005 e 2014^h. Enfatizar a utilização do preservativo como método de proteção simultânea – contracepção e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) – é uma proposta necessária para intervir no avanço desse agravo entre os adolescentes, ao pensarmos o percentual importante de adolescentes rurais que na última relação sexual estavam expostos a IST (23,3%).

Estudos têm identificado associação entre idade mais avançada do adolescente e iniciação sexual^{5,7,17}. Nossa pesquisa corrobora esses achados, uma vez que o aumento de um ano na idade elevou a prevalência de relação sexual em 42%, resultado semelhante em quilombolas e não quilombolas. Portanto, esse é um fator importante a ser considerado na elaboração de ações para a promoção da saúde sexual dos adolescentes da zona rural. Ressalta-se que este estudo incluiu adolescentes que não estavam inseridos no sistema educacional regular

⁸Ministério da Saúde (BR). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006). Brasília (DF); 2009 [citado 26 jun 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf

^hBoletim Epidemiológico HIV. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015;4(1) [citado 14 jul 2017]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2015>

e aqueles que estudavam no turno noturno, possibilitando uma melhor caracterização da diversidade de condições da população estudada.

A frequência com que os pais compreendiam os problemas e preocupações dos adolescentes mostrou ser uma variável importante para explicar o modelo final de regressão para a amostra total e para o estrato não quilombola. Enquanto primeiro espaço de interação do adolescente, a família pode participar mais ativamente das transformações vivenciadas pelo adolescente e ajudá-lo a lidar com inquietações e dúvidas⁸. Um distanciamento da família e, conseqüentemente, uma maior busca pelos pares, pode influenciar no comportamento sexual dos adolescentes¹⁷. Entre os quilombolas, ter maior número de amigos próximos aumentou a prevalência de relação sexual em 37%.

Entre os adolescentes, aqueles que experimentaram uma dose de álcool tiveram 1,41 vezes mais prevalência de relações sexuais. Entre os quilombolas e não quilombolas, a experimentação de álcool aumentou essa prevalência em 1,60 e 1,68 vezes, respectivamente. Estudos têm indicado associação entre o uso de substâncias psicoativas e o relato de relações sexuais^{5,7}. Os efeitos do álcool no organismo humano ocasionam desinibição e podem encorajar o indivíduo a ter comportamentos que, caso sóbrio, não os teria¹⁶. Entre adolescentes, em um município do interior de Minas Gerais, houve maior ocorrência de relação sexual entre indivíduos que haviam feito uso de álcool (43,8% tiveram alguma relação sexual sob efeito do álcool e 21,4% deles nem sempre utilizaram preservativo)¹⁶. Esse cenário expõe a necessidade da educação sexual aliada a abordagens preventivas do uso de álcool, além do acesso facilitado a preservativos⁷.

Para os adolescentes rurais, a escola, enquanto espaço importante de socialização na adolescência, representou a principal fonte de orientação: sobre gravidez (53,9%), aids e outras IST (72,3%) e como adquirir gratuitamente preservativos (46,4%), tanto para quilombolas quanto para não quilombolas. Percebe-se a necessidade de qualificar os educadores e potencializar as parcerias intersetoriais entre educação e saúde para tornar a sala de aula um espaço propício para discussões acerca da saúde sexual na adolescência.

Este estudo apresenta algumas limitações. Por se tratar de um estudo transversal, não é possível inferir a natureza temporal de algumas das associações observadas. Ainda, o fato de os questionários terem sido aplicados por um entrevistador sugere a possibilidade de um viés de informação devido, por exemplo, ao constrangimento frente a algumas perguntas. Para evitar esse problema, além do treinamento, optou-se pelas entrevistas serem realizadas em um lugar isolado no domicílio, com entrevistadores do mesmo sexo e de faixas etárias próximas às dos adolescentes (jovens).

CONCLUSÃO

Ao investigarmos o comportamento sexual dos adolescentes da zona rural, percebemos que existem situações que fragilizam o exercício autônomo e saudável da sexualidade nessa população. A carência de informações e a exposição a comportamentos desfavoráveis, como o uso de álcool, são condições adversas que necessitam ser contempladas nas estratégias de promoção de saúde e prevenção de agravos.

A atenção à saúde sexual e reprodutiva do adolescente compreende um conjunto de ações que tem na atenção primária à saúde um locus privilegiado. A sua proximidade às famílias e o melhor conhecimento da cultura e das vulnerabilidades do território possibilita o desenvolvimento de ações mais efetivas para a população. Na zona rural, em que há maior dificuldade de acesso aos serviços, o setor saúde precisa atuar mais ativamente em parceria com o setor educação, potencializar os espaços já disponíveis e desenvolver estratégias para a criação de novos espaços de cuidado, visando a alcançar os adolescentes não escolarizados.

REFERÊNCIAS

1. Heilborn ML. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.

2. Ahmadian M, Hamsan HH, Abdullah H, Samah AA, Noor AM. Risky sexual behavior among rural female adolescents in Malaysia: a limited role of protective factors. *Glob J Health Sci*. 2014;6(3):165-74. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n3p165>
3. Curtis AC, Waters CM, Brindis C. Rural adolescent health: the importance of prevention services in the rural community. *J Rural Health*. 2011;27(1):60-71. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2010.00319.x>
4. Szwarcwald CL, Damacena GN. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11 Supl 1:38-45. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500004>
5. Sasaki RSA, Souza MM, Leles CR, Malta DC, Sardinha LMV, Freire MCM. Comportamento sexual de adolescentes escolares da cidade de Goiânia, Goiás. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17 Supl 1:172-82. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400050014>
6. Secor-Turner MA, Randall BA, Brennan AL, Anderson MK, Gross DA. Rural adolescents' access to adolescent friendly health services. *J Pediatr Health Care*. 2014;28(6):534-40. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2014.05.004>
7. Oliveira-Campos M, Nunes ML, Madeira FC, Santos MG, Bregmann SR, Malta DC, et al. Comportamento sexual em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17 Supl 1:116-30. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400050010>
8. Malta DC, Porto DL, Melo FCM, Monteiro RA, Sardinha LMV, Lessa BH. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(1):166-77. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2011000500017>
9. Taquette SR, Vilhena MM. Uma contribuição ao entendimento da iniciação sexual feminina na adolescência. *Psicol Estud*. 2008;13(1):105-14. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000100013>
10. Silva ASN, Silva BLCN, Silva Júnior AF, Silva MCF, Guerreiro JF, Sousa ASCA. Início da vida sexual em adolescentes escolares: um estudo transversal sobre comportamento sexual de risco em Abaetetuba, Estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2015;6(3):27-34. <https://doi.org/10.5123/S2176-62232015000300004>
11. Paiva V, Calazans G, Venturi G, Dias R. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. *Rev Saude Publica*. 2008;42 Supl 1:45-53. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000800007>
12. Teixeira AMFB, Knauth DR, Fachel JMG, Leal AF. Adolescente e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cad Saude Publica*. 2006;22(7):1385-96. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000700004>
13. Aerts DRGC, Ottoni GTCS, Alves GG, Palazzo LS, Santos AMPV. Fatores associados ao início da vida sexual ativa de escolares em uma cidade do sul do Brasil. *Aletheia*. 2014 [citado 20 jul 2017];(45):87-100. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942014000200007&lng=pt
14. Malta DC, Silva MAI, Mello FCM, Monteiro RA, Porto DL, Sardinha LMV, et al. Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14 Supl 1:147-56. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2011000500015>
15. Vonk ACRP, Bonan C, Silva KS. Sexualidade, reprodução e saúde: experiências de adolescentes que vivem em município do interior de pequeno porte. *Cienc Saude Coletiva*. 2013;18(6):1795-807. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600030>
16. Huneeus A, Deardorff J, Lahiff M, Guendelman S. Type of primary education is associated with condom use at sexual debut among Chilean adolescents. *Sex Transm Dis*. 2014;41(5):306-11. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000122>
17. Borges ALV, Latorre MRDO, Schor N. Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(7):1583-94. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700009>

Financiamento: Projeto ADOLESCER: saúde do adolescente da zona rural e seus condicionantes. Fundação de Amparo ao Pesquisador do Estado da Bahia (FAPESB – Edital 30/2013, Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em Saúde/PPSUS–BA MS/CNPq/ FAPESB). Programa de Apoio a Projetos Institucionais com a Participação de Recém-Doutores (PRODOC 2013), Universidade Federal da Bahia.

Contribuição dos Autores: Análise e interpretação dos dados: BCS, DSM, RSS, RS, KCS. Redação do manuscrito: BCS, AJML, RSS, DSM. Revisão crítica: AJML, RS, KCS, DSM. Concepção e planejamento do estudo: RSS, DSM. Aprovação da versão final a ser publicada: BCS, DSM, RSS, RS, KCS, AJML. Responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo: BCS, DSM, RSS.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.